

WNIOSEK
O PRYZNANIE ZAPOMOZI PIENIĘŻNEJ W RAMACH POMOCY
ZDROWOTNEJ

Nazwisko i imię wnioskodawcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Nazwa i adres jednostki oświatowej.....

.....

Średni dochód netto ze wszystkich źródeł z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną przypadający na jednego członka rodziny wynosi:.....

(słownie).....

1. UZASADNIENIE WNIOSKU

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

.....
.....
.....

3. OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ, RODZINNEJ i OSOBISTEJ

.....
.....
.....
.....

W przypadku przyznania mi zapomogi na pomoc zdrowotną proszę o przesłanie jej:

1) Na rachunek bankowy.....

2) Przekazem pocztowym na adres

.....
.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów
prowadzonego postępowania o przyznanie zapomogi pieniężnej.

.....
Data i podpis nauczyciela

Burmistrz Stęszewa przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości:

.....słownie.....

.....
Data i podpis